

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 92

RÉSULTATS OPÉRATOIRES DE LA
GASTROSTOMIE
POUR STÉNOSES ŒSOPHAGIENNES
NÉOPLASIQUES PRATiquÉE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 19 Décembre 1919

PAR

SAMUEL STRUMFELD

Ex-Interne sup^r des Hôpitaux de Saint-Etienne

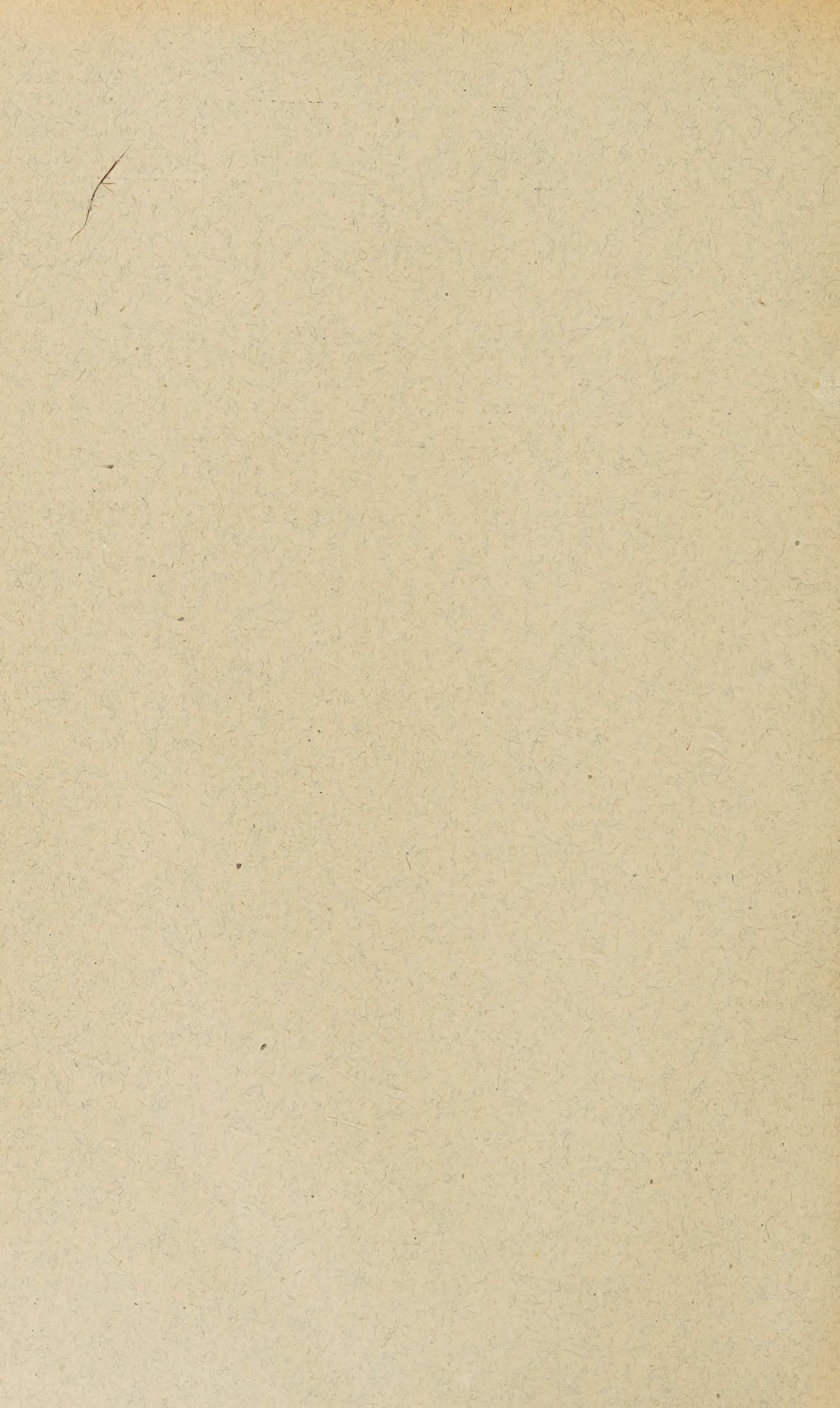
Né le 15 Novembre 1884, à Varsovie (Pologne)



GRENOBLE
IMPRIMERIE NOUVELLE

7, Rue Aristide-Bergès

1919



RÉSULTATS OPÉRATOIRES DE LA
GASTROSTOMIE
POUR STÉNOSES ŒSOPHAGIENNES
NÉOPLASIQUES PRATiquÉE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 92

RÉSULTATS OPÉRATOIRES DE LA GASTROSTOMIE

POUR STÉNOSES ŒSOPHAGIENNES

NÉOPLASIQUES PRATIQUEE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 19 Décembre 1919

PAR

SAMUEL STRUMFELD

Ex-Interne sup^r des Hôpitaux de Saint-Etienne

Né le 15 Novembre 1884, à Varsovie (Pologne)



GRENOBLE
IMPRIMERIE NOUVELLE

•7, Rue Aristide-Bergès

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, R. LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LÉPINE (J.).
Chimie biologique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	X...
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique	DOYON.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND.
Médecine légale	PIAVOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN.
	COURINONT.
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARJET.	GUILLEMARD.	COTTE.
COMMANDEUR.	BRETIN.	GARIN.	DUROUX.
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	SAVY.	BONNAMOUR, chargé
LAROYENNE.	THEVENOT (Léon).	FROMENT.	des fonctions.
VORON.	TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT, id.
NOGIER.	CADE.	PIERY.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BÉRARD, Président ;
MM. VILLARD, TAVERNIER, DUROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES FRÈRES.

A MES SŒURS.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

PÉRAHIA, MATARASSO et YOËL.

En souvenir de notre profonde amitié.

MEIS ET AMICIS

A notre Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE LYON

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAITRES

DES HÔPITAUX DE PARIS, DE LYON

ET DE SAINT-ETIENNE

PRÉFACE

Arrivé au terme de nos études médicales, nous faisons un devoir de remercier, ici, tous ceux qui, à des titres divers, se sont intéressés à nous, ont formé notre esprit et nous ont toujours soutenu dans notre longue carrière d'étudiant.

A nos parents, qui n'ont cessé de nous entourer de leur dévouement et de leur affection, il nous est doux de pouvoir offrir ce travail; nous voudrions qu'il leur soit un gage de notre sincère reconnaissance.

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à M. le professeur Berard pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse; qu'il reçoive l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Que tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris, de Lyon et de l'Ecole de Médecine de Grenoble veuillent bien agréer l'hommage de notre bon souvenir et de notre profonde sympathie.

Enfin, à nos amis, à nos compagnons d'études, nous adressons un souvenir ému de bonne camaraderie et de franche amitié.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

RÉSULTATS OPÉRATOIRES DE LA GASTROSTOMIE

POUR STÉNOSES ŒSOPHAGIENNES

NÉOPLASIQUES PRATIQUEE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE

CHAPITRE PREMIER

Quelques considérations sur la Gastrostomie dans le Cancer de l'Œsophage

Le cancer de l'œsophage est une affection fréquente. Sur 410 cancers du tube digestif, Lamy trouve 128 cancers de l'œsophage; et cependant ces malades sont peu nombreux dans les services de chirurgie. Cela pour plusieurs raisons: d'abord l'œsophage n'est pas chirurgical, ou plutôt il l'est encore peu aujourd'hui surtout lorsqu'il s'agit de cancer, car les tentatives d'œsophagectomie faites par Czerny, Langenbeck, Bergmann, Novaro, Mikulicz, Von Hacker... ont toutes été suivies de mort à brève échéance.

Puis un grand nombre de ces malades chez lesquels l'œsophage a conservé un certain degré de perméabilité, au moins pour les liquides, meurent de l'une des complications si nombreuses du cancer œsophagien: accidents pleuro-

pulmonaires aigus, infections pericesophagiennes, hémorragie foudroyante, etc... De telles lésions sont au-dessus des ressources de la chirurgie conservatrice.

Les vrais cancers chirurgicaux de l'œsophage sont ceux dont la sténose, resserrée par le spasme réflexe qu'elle provoque interdit progressivement aux malades toute possibilité d'alimentation même liquide. Chez ceux-là une indication d'urgence s'impose : chercher une voie pour le passage des aliments.

Tout naturellement la première idée qui venait à l'esprit était de rétablir artificiellement la perméabilité de l'œsophage : une multitude de procédés ont été préconisés : dilatactions progressives, sonde à demeure, tubage, œsophagotomie... etc., les résultats désastreux qu'ils donnèrent les firent successivement abandonner.

Ou bien créer au-delà de l'obstacle œsophagien une bouche permettant l'introduction directe des aliments dans l'estomac : c'est la *gastrostomie*.

Notre but n'est pas de reprendre l'étude détaillée de ce mode opératoire aujourd'hui classique : nous nous bornerons à noter les améliorations apportées récemment à sa technique en particulier par l'anesthésie locale dont nous étudierons surtout les résultats afin d'en faire ressortir les avantages.

ARTICLE I. — *Les différentes étapes historiques de la gastrostomie.*

On peut diviser en trois périodes les diverses phases de l'évolution clinique de la gastrostomie.

1° *Période de recherches.*

L'idée de l'alimentation des malades porteurs d'une

sténose œsophagienne par une bouche gastrique est trouvée, mais le résultat de l'opération est plus souvent un anus gastrique qu'une bouche.

Egeberg, dans son Mémoire, lu en 1837 à la Société Médicale de Christiania, propose la gastrostomie sans l'avoir pratiquée.

Blondlot, en 1845, la réalise expérimentalement chez le chien ; il fait une fistule gastrique.

Sédillot la réalise chez l'homme en 1849 mais ses deux tentatives sont malheureuses.

Sydney Jones publie en 1875 le premier succès de gastrostomie pour cancer de l'œsophage : son malade vécut 40 jours.

Malgré les succès temporaires de Verneuil, de Lannelongue, la gastrostomie resté une opération généralement mortelle.

2^e Période : la gastrostomie en deux temps.

Deux graves inconvénients étaient inhérents à cette intervention : l'orifice gastrique était incontinent et laissait s'écouler au dehors les produits de la digestion et de la sécrétion de l'estomac, d'où : dénutrition et cachexie rapide des malades ; infection de l'orifice, suppuration locale, perforation et inondation péritonéales.

Nélaton, puis Howse, proposent de créer d'abord une symphyse par irritation entre l'estomac et la paroi abdominale antérieure et de pratiquer ultérieurement la gastrostomie.

Poncet et l'Ecole Lyonnaise pratiquent en un premier temps la gastropexie et l'ouverture de l'estomac en un deuxième temps.

Ainsi le péritoine était isolé, protégé, mais la bouche

artificielle restait incontinente et la mortalité opératoire considérable.

3° Période : la gastrostomie sphinctérienne et valvulaire.

Le manuel opératoire devenant plus sûr, les méthodes aseptiques plus complètes on revient à l'opération en un seul temps avec Terrier qui montre la nécessité, pour obtenir la continence, de faire un orifice gastrique aussi réduit que possible et de le reporter en un point aussi rapproché que possible du cardia.

Pendant cette période les recherches tendent surtout à créer un agent d'occlusion de l'orifice : certains chirurgiens veulent se rapprocher des conditions normales en cherchant à créer un sphincter au niveau de la paroi abdominale (Girard, Von Hacker, Sabanajew, Jaboulay).

D'autres cherchent une occlusion mécanique de la bouche en créant une valvule au niveau même de l'orifice gastrique (Souligoux, Witzel, Fontan, Poirier).

Le procédé de Fontan, d'une grande simplicité d'exécution, d'une continence parfaite, d'une grande sécurité, est aujourd'hui admis par la majorité des chirurgiens.

ARTICLE II. — *Remarques sur quelques points de technique.*

Malgré tous les perfectionnements apportés au procédé, la gastrostomie a été et reste encore une opération grave quand elle est pratiquée sous anesthésie générale à cause du schock anesthésique mais surtout parce qu'elle s'adresse à des malades qui ne sont généralement pas en état de résister à la plus légère intoxication.

1° *Des soins préopératoires.*

Le premier souci du chirurgien sera donc de relever l'état général du futur gastrostomisé.

Les malades porteurs d'une sténose néoplasique de l'œsophage sont moins des cachectiques que des inanitiés et des déshydratés. Le cancer de l'œsophage développé sur une muqueuse d'origine ectodermique conserve dans une certaine mesure l'évolution lente et le peu de tendance à se généraliser des cancers cutanés; c'est le plus souvent, en effet, plus par des troubles mécaniques qu'il se manifeste au début que par des signes d'intoxication et son action évolue pendant très longtemps dans ce sens.

De plus, ces malades sont des vieillards, souvent plus par l'usure organique que par l'âge, parfois des spécifiques ou des alcooliques chez lesquels le cœur, le rein et le poumon peuvent être plus ou moins lésés. Ce sont toujours des hyporésistants en équilibre instable qui ont besoin d'être remontés avant toute tentative opératoire.

Le professeur Bérard insiste particulièrement sur l'importance capitale de ce premier temps. Les toni-cardiaques, l'huile camphrée, la strychnine, la digitale, les injections de sérum, les lavements alimentaires, les instillations intrarectales de sérum glucosé surtout constitueront la base de cette préparation qu'on pourrait appeler le traitement d'épreuve des malades les plus cachectiques, car si on n'arrive pas à les remonter un peu il faudra s'abstenir d'une intervention qui leur sera à peu près sûrement fatale.

Ces soins sont évidemment moins urgents chez les malades qui continuent de prendre des liquides en quantité suffisante, encore que même dans ce cas ils ne soient pas à négliger.

2° *L'anesthésie.*

Nous verrons plus loin toute l'importance du facteur anesthésie dans cette opération en la discutant à la lumière des statistiques. Disons dès maintenant que l'anesthésie locale tend de plus en plus à prendre la place qu'elle mérite par sa simplicité, son efficacité, son inocuité absolue quand elle est pratiquée dans de bonnes conditions.

Chaque chirurgien a son procédé un peu à lui et dont il obtient de bons résultats; mais pour être vraiment pratique il faut que le mode en soit simple, l'agent actif et non dangereux.

a) *L'Anesthésique.* — A la clinique du professeur Bérard on emploie d'une façon à peu près exclusive l'Allocaïne préparée par A. Lumière (Solution A. A. à 1 % additionnée de XXV gouttes d'Adréaline). Nous avons eu l'occasion d'injecter jusqu'à 90 centimètres cubes de cette solution pour des anesthésies locales importantes sans observer chez les malades la moindre réaction.

b) *L'infiltration.* — Deux conditions sont indispensables au succès de l'anesthésie locale: 1° infiltrer assez largement les téguments; 2° attendre que l'anesthésique ait agi. Deux boutons cutanés limiteront la ligne d'incision. Afin d'avoir une insensibilisation parfaite de la peau nous pratiquons une infiltration *avec un ou deux cent. cub. de cocaïne à 1 %*.

L'infiltration des muscles à l'Allocaïne devra être faite en couronne autour de la ligne d'incision car si elle est pratiquée dans les muscles sous jacents à cette ligne elle en provoque la dissociation œdémateuse ce qui devient gênant pour la fixation de l'estomac et provoque une hémostase temporaire pouvant donner lieu plus tard à une petite hémorragie secondaire.

Le point le plus difficile est l'anesthésie du péritoine et il est rare que, malgré une bonne infiltration, son incision ne réveille pas une certaine douleur. C'est précisément sur cette sensibilité spéciale du péritoine qu'il faudra se guider pour en faire l'anesthésie. Une fois l'infiltration des muscles achevée on enfoncera lentement son aiguille jusqu'à ce qu'on réveille cette douleur péritonéale, sans perforer la séreuse qui offre à la pointe une certaine résistance on poussera son injection dans les différents sens en injectant largement.

3° *L'incision.* — L'incision, qu'elle soit de Fenger ou de Hahn devra être faite haute et rapprochée de la ligne médiane ; car il ne faut pas oublier que le plus souvent chez ces malades l'estomac est petit, rétracté, plaqué contre la colonne, parfois même fixé par adhérences inflammatoires de perigastrite.

Le milieu de la ligne d'incision devra se trouver environ au niveau du VII^m^e cartilage costal. Il arrive souvent, même à des chirurgiens exercés, de faire cette incision trop à gauche, alors l'estomac s'abaissant mal il devient extrêmement difficile de pratiquer *haut* l'orifice de la gastro.

4° *La « bouche ».* — Pour que le nouvel orifice gastrique soit continent il faut, ainsi que l'avait déjà conseillé Terrier, qu'il soit petit et pratiqué aussi haut que possible du côté du cardia. Cette notion bien connue est plus facile à répéter qu'à réaliser, et cependant elle est le temps le plus important de l'opération.

Pour cela il faut d'abord, nous l'avons vu plus haut, placer son incision cutanée aussi près que possible du rebord chondro costal et de la ligne médiane. Si le rebord hépatique se présente à l'ouverture un aide devra le récliner.

Ensuite il *faut abaisser l'estomac*. Pour cela nous avons toujours vu pratiquer par le professeur Bérard une petite manœuvre qu'il recommande particulièrement parce qu'elle lui a toujours donné de bons résultats. Le manuel en est simple : un aide écarte les lèvres de l'incision et récline en haut le rebord hépatique ; le chirurgien, avec une pince de Chaput ou une pince en cœur, va à la recherche de l'estomac qui est assez difficile à trouver parfois. Il est amarré et amené dans l'orifice d'incision où il vient former hernie. Une deuxième pince est fixée au-dessus de la première du côté du cardia et cette nouvelle prise est amenée par des tractions douces au niveau de l'incision. Une troisième pince est placée de la même façon au-dessus de la deuxième et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on soit arrivé au point choisi.

L'avantage de ce procédé est qu'en même temps qu'il abaisse l'estomac, il lui fait faire une sorte de rotation suivant son grand axe, rotation qui refoule en arrière la grande courbure, fait descendre la région sous-cardiaque et évite les dangers de la traction directe. Il importe, en effet, d'être très modéré dans cette traction car un estomac envahi par un cancer du cardia peut se déchirer (Observation 36, *in* thèse Robert) et provoquer une péritonite mortelle, ulcérer l'aorte adhérente (cas de Terillon), ou simplement des abcès de périoesophagite peuvent être ouverts et provoquer une poussée fébrile comme on en remarque après une gastrotomie difficile ayant nécessité des efforts de traction un peu violents.

Enfin il est indispensable de fixer soigneusement l'estomac au péritoine pariétal et ne pas se contenter de deux ou trois points isolés, car outre les dangers d'une infection péritonéale immédiate, cette pratique expose plus tard à des

fausses routes surtout chez des malades qui sont appelés à se sonder eux-mêmes.

5° *Combien de temps faut-il laisser la sonde à demeure?*

Robert conseille de la laisser « au moins quatre jours » ; nous croyons qu'il y a intérêt à la laisser beaucoup plus longtemps, au moins une dizaine de jours, même chez les malades dont le spasme de l'œsophage aura cessé après l'opération.

Localement la sonde est admirablement tolérée, ne provoque aucune réaction il n'y a donc pas de raison pour la retirer si tôt. D'autre part, si on ne donne pas aux tissus le temps de s'organiser autour de la sonde ils tendent à se cicatriser aussitôt après l'ablation de celle-ci et cette oblitération hâtive peut nécessiter une seconde intervention. (Observation 13.)

Un inconvénient plus grave encore de l'ablation précoce de la sonde, c'est la fausse route. La voie n'est pas faite ; des adhérences solides n'ont pas eu le temps de se créer et quand on veut réintroduire la sonde on tâtonne, on fait une légère pression et on entre dans le péritoine sans que rien chez le malade vienne indiquer la fausse route : les accidents de cette nature sont nombreux.

6° *A quel moment faut-il faire la gastrostomie?*

Autrement dit, la gastrostomie doit-elle être une opération préventive où sera-t-elle réservée comme intervention de nécessité?

Pour les anciens chirurgiens la gastrostomie n'était qu'un pis-aller et comme la trachéotomie devait être réservée aux cas d'extrême urgence et lorsque tous les autres moyens d'action avaient échoué. La gravité de l'intervention dans les conditions où elle était pratiquée explique cette façon

d'agir, mais aujourd'hui les chirurgiens sont à peu près unanimes à conseiller la gastrostomie *dès que chez le malade apparaissent les premiers signes de dénutrition du fait de sa sténose.*

Elle devra donc être *précoce* car c'est alors seulement :

1° Qu'elle peut assurer aux malades le maximum de survie en leur fournissant le moyen de s'alimenter. Nous avons vu, en effet, que l'état de ces malades est une cachexie de carence et non une cachexie d'intoxication néoplasique comme le montre bien la conservation de l'appétit.

Leur habitus extérieur, la sécheresse de la peau, la dépression des cavités orbitaires, l'absence des œdèmes, la rareté des urines prouvent bien que ces malades sont surtout des déshydratés. Ils ne boivent pas assez ; mais il y a une autre cause active de déperdition de liquide, c'est la sialorrhée constante parfois assez abondante pour prendre l'allure de vomissements muco-salivaires.

H. Roger a montré qu'elle était due à l'exagération du réflexe œsophago salivaire. Or la gastrostomie fait cesser souvent et diminue toujours cette cause importante de dénutrition.

2° La gastrostomie devra être précoce pour permettre une intervention curative en mettant l'œsophage au repos, en faisant de l'autodésinfection d'une lésion sans cesse irritée, infectée par le passage des aliments et au niveau de laquelle stagnent en permanence des débris alimentaires. Elle devient dans ce cas l'équivalent de l'anus artificiel pratiqué en vue de l'ablation d'un cancer du rectum. En mettant au repos l'œsophage, la gastrostomie prévient les complica-

tions qui assombrissent si fortement le pronostic du cancer : complications infectieuses broncho-pulmonaires, complications hémorragiques, etc.

3° Enfin la gastrostomie devra être précoce pour permettre la Radiumthérapie, surtout dans les cancers juxtacardiaques où l'on fera l'application de Radium par voie rétrograde.

Le docteur Sargnon qui a fait de nombreuses applications de Radium dans ces conditions, vérifiées par l'œsophagoscopie, a bien voulu nous communiquer les conclusions de ses expérimentations.

Il introduit en général au niveau de la tumeur une sonde de Nélation portant 50 milligr. de Radium qu'il laisse en place pendant 24 heures.

L'action du Radium est en général rapide, elle soulage les malades en provoquant une sédation nette de la douleur et elle fait fondre la tumeur au moins macroscopiquement. La durée de cette amélioration est variable et certains malades restent guéris après plusieurs mois moyennant une radiumthérapie judicieusement dosée.

Le Radium dans l'œsophage est en effet une médication délicate à administrer car elle peut provoquer des accidents mortels d'emblée, mais ce sont surtout les applications itératives qui paraissent présenter le plus de dangers. Chez un malade très amélioré d'abord une deuxième application fut fatale. (Observ. 8.) En tous cas même lorsque l'évolution n'est pas aussi grave il y a toujours recrudescence des phénomènes inflammatoires locaux avec réaction, peut-être inoculations par voie lymphatique du côté du poumon. Cette question, du plus haut intérêt, reste à l'étude et on peut se demander si, comme le font les Anglais, des applications massives de courte durée auraient les mêmes inconvénients

que le séjour pendant 24 heures d'une dose moyenne de Radium dans une région où il y a de si dangereux voisinages.

CHAPITRE II

Les résultats de la Gastrostomie

Pour pouvoir apprécier la valeur opératoire de la gastrostomie il importe de savoir le but que se propose le chirurgien et les conditions dans lesquelles est pratiquée cette intervention.

Dans les conditions habituelles, la gastrostomie n'était le plus souvent, jusqu'ici, qu'un éphémère palliatif destiné à apporter l'euthanasie à ceux pour lesquels la chirurgie se déclarait impuissante. C'est donc l'échéance fatale à plus ou moins bref délai, et le but de la gastro est sinon de la prorroger, au moins de l'adoucir ; mais encore faut-il que le remède ne soit pas pire que le mal !

En dehors du fait primordial de la résistance du sujet il est d'autres facteurs qui font varier le pronostic de la gastrostomie, et de tous ces facteurs le plus important, même le seul important est le mode d'anesthésie employé.

Nous montrerons rapidement les dangers réels de l'anesthésie générale chez ces malades en rapportant quelques statistiques des plus instructives qui feront mieux ressortir la bénignité de l'anesthésie locale.

ARTICLE I. — *Valeur de la gastrostomie pratiquée sous anesthésie générale.*

Si, dans les cas très favorables, lorsqu'on intervient tôt chez des malades qui continuent de s'alimenter la gastrostomie pratiquée sous anesthésie générale est susceptible de donner de bons résultats, il n'en est plus de même lorsque l'intervention s'adresse à des malades plus ou moins cachectiques et ce sont ceux-là, nous l'avons dit dès le début, que l'on rencontre le plus souvent. Ils se présentent avec une tumeur qui évolue depuis longtemps, de deux ou trois mois à plusieurs années, toujours plus ou moins ulcérée et provoquant une sténose dont la gêne est généralement le motif d'entrée à l'hôpital. Ce sont donc des vieillards en état d'inanition d'autant plus grave qu'elle a été lente, progressive, qui sont infectés chroniquement par une plaie de leur tube digestif, intoxiqués par leur tumeur. Fréquemment à côté de cela on notera un état diathésique, alcoolisme, syphilis, diabète, albuminurie, un système cardiovasculaire mis en hypertension par l'insuffisance d'un filtre rénal touché. Ce sont donc des hyporésistants organiques chez lesquels l'équilibre est rompu et qui sont à la merci de la plus légère secousse.

Il est facile de juger, dans ces conditions, de l'action funeste de l'anesthésie générale.

Sans parler des accidents aigus, tels qu'une syncope cardiaque qui peut entraîner la mort instantanée, que de petites lésions amorcées par l'anesthésie qui seront fatales dans les jours qui suivent !

C'est le poumon qui est le plus souvent atteint et l'immense majorité des morts post opératoires sont dues à une infection pulmonaire. Une bronchite anesthésique légère est

amorcée puis, comme le malade devra être étendu dans son lit, elle se transformera en congestion de décubitus qui sera fatale à brève échéance malgré une évolution souvent très torpide et qui attire à peine l'attention.

Un foie, un rein, déjà touchés, ne supporteront pas sans dommage le surcroît de toxique apporté par l'éther et surtout par le chloroforme.

Ces subictères légers que l'on constate assez souvent chez ces opérés ne sont-ils pas l'indice d'un foie forcé par l'anesthésique ?

Lors même que la narcose ne produit aucun trouble apparent elle prolonge nécessairement la diète d'un malade chez lequel l'alimentation doit être reprise sans retard.

D'ailleurs pour se convaincre de la réalité de ce danger il suffit de jeter les yeux sur les statistiques des chirurgiens à diverses époques :

En 1885, Zésas accuse une mortalité de 83 % sur 162 gastrostomies.

Le Fort a 74,2 % sur 105 gastrostomies.

Gross a 70 %.

Barwell (1) sur 176 opérés compte 107 morts d'accidents divers, 43 de collapsus, 26 de péritonite.

En 1886, Knie compte 66 % de morts sur 169 observations.

En 1887, Johansen a 42 %.

En 1895, Mickulicz n'avoue que 17,5 % de morts sur 54 cas.

En 1896, Ch. Guérin en compte 35 % sur 121 gastrostomies.

(1) *In The British Méd.-Journal*, 5 décembre 1885.

De 1908 à 1911, Bérard (in thèse Robert) a 57 % de morts dans le premier mois, sur 7 cas.

Au perfectionnement des méthodes opératoires, de l'antisepsie a correspondu progressivement une amélioration des résultats et cependant la léthalité reste extrêmement élevée avec l'anesthésie générale.

ARTICLE II. — *Avantages de l'anesthésie locale.*

Avec l'anesthésie locale, au contraire, le shock toxique n'est plus à redouter : nous avons vu que 90 cent. cubes d'Allocaïne pouvaient être injectés sans troubles ; à plus forte raison les 20 ou 25 cent. cubes que réclame la gastrotomie seront-ils sans dangers ?

a) Pratiquée dans les conditions que nous avons indiquées l'anesthésie est absolue et nous avons même pu voir récemment des malades dormir profondément avec la seule anesthésie locale.

En général cependant le malade éprouve quelque douleur au moment de l'incision du péritoine pariétal et au cours des tractions sur l'estomac. Cette manœuvre peut même, chez certains malades, provoquer des nausées et des vomissements : ils sont toujours de très courte durée et s'ils étaient gênants quelques gouttes de chlorure d'éthyle suffiraient à les faire cesser.

Cette persistance de la sensation profonde chez l'opéré peut, dans certains cas, être utile : ainsi la douleur aiguë que réveillent les tractions sur l'estomac lorsqu'il existe de la périœsophagite averti de la nécessité d'être très ménager de ces manœuvres.

b) Tandis qu'après une intervention sous anesthésie générale le malade doit être étendu dans son lit pour éviter

les vomissements et les syncopes, aussitôt dans son lit le malade gastrostomisé avec l'anesthésie locale est mis en position demi-assise; dans ces conditions le danger des congestions hypostatiques, si funestes aux vieillards, est évité; le malade n'éprouve ni nausées, ni malaises; le schock opératoire a été réduit à quelques efforts de traction sur l'estomac, il est pratiquement nul.

c) L'un des principaux avantages de l'anesthésie locale est qu'aussitôt après l'ouverture de l'estomac le malade peut être alimenté: on donnera une boisson chaude, du café; on évitera pour commencer les grandes quantités de liquides, il y aura intérêt à fractionner les doses et à les multiplier.

Si les digestions sont paresseuses dans les premiers jours on pourra faire mastiquer au malade, ainsi que le conseille Gayet, un aliment qui lui plaît et qu'il crachera ensuite: le suc d'appétit ainsi sécrété sera le meilleur des digestifs.

d) Plus ou moins rapidement après la gastrostomie le spasme œsophagien cesse mais souvent la moindre tentative de déglutition le reproduit, aussi le malade devra-t-il savoir qu'il ne doit rien avaler tant qu'il persiste quelque phénomène inflammatoire du côté de son œsophage. Il sera, en effet, toujours tenté de reprendre trop tôt l'alimentation par la voie normale et de négliger le calibrage de sa bouche gastrique. Il s'expose ainsi à une récurrence de sa sténose pour laquelle on peut être appelé à intervenir d'urgence dans des conditions plus défavorables que la première fois. (Observ. 8.)

e) La simplicité et l'inocuité de la gastro avec l'anesthésie locale permettent de faire lever très tôt les opérés, dès le lendemain si c'est nécessaire. Ainsi ces malades respirent

mieux, mangent mieux et se trouvent placés dans les conditions les meilleures qu'il soit possible de leur donner :

Le Docteur Chalié vient de montrer dans un travail récent (1) les avantages du lever précoce lorsqu'il est possible.

Ils retireront donc le maximum de bénéfices que puisse donner la gastrostomie, c'est-à-dire :

1° Réduction considérable ou plutôt suppression de la mortalité post-opératoire immédiate. Nous ne reviendrons pas sur la fréquence de cet accident lorsque la gastrostomie est faite sous anesthésie générale : c'est là un des accidents de la narcose sur lesquels tous les classiques insistent assez pour qu'il ne soit pas nécessaire de s'attarder à le développer encore.

Avec l'anesthésie locale au contraire, tant dans nos observations personnelles que dans la statistique de Robert comprenant les cas du professeur Bérard entre 1911 et 1914 nous ne relevons pas un seul incident opératoire immédiat du fait de l'anesthésie.

Nous avons observé une mort le lendemain de l'opération (Observ. 3) mais ce malade a été opéré « in extremis », de sorte qu'il n'est pas possible de grever notre statistique de ce cas où la mort serait certainement survenue de la même façon sans intervention.

2° Mais la supériorité incontestable de l'anesthésie locale apparaît spécialement dans le premier mois qui suit l'intervention. C'est dans cette période que meurent tous les opérés atteints de troubles pulmonaires post-anesthésiques.

Or après l'infiltration locale nous avons vu que les opérés

(1) Thèse de Weisse, Lyon 1919.

pouvaient être assis dans leur lit et que même il était possible de les faire lever dès les premiers jours.

Dans ces conditions-on ne constate à peu près plus aucun accident pulmonaire. Nous avons vu un malade mourir de pneumonie au 8^e jour (Observ. 9). Ce malade présentait déjà de la congestion fébrile avant l'intervention de sorte qu'il fut impossible de le faire lever précocement.

Si l'on étudie maintenant la survie consécutive à la gastrostomie sous anesthésie locale nous la trouvons nettement supérieure à ce que l'on peut relever à la suite de cette intervention sous anesthésie générale.

En dehors des deux cas de mort accidentelle, sur un total de 15 observations, nous relevons une mort au 12^e jour (Observ. 4); deux morts, un et 4 mois après (Observ. 10 et 13), par cachexie progressive, tous les autres opérés sont vivants depuis une période allant de quinze jours à plus de six mois. Quelques-uns ont repris leur travail et ne sont gênés en rien par leur gastrostomie.

OBSERVATIONS DE LA GASTROSTOMIE

SOUS ANESTHÉSIE LOCALE

OBSERVATION n° 1

P... (A.), 63 ans (Saint-Sacerdos).

Entré le 19 septembre 1919 pour *gêne de la déglutition, vomissements, amaigrissement progressif.*

A... (H.). — Rien à signaler.

A... (P.). — A 23 ans a craché un peu de sang rouge, a maigri et perdu ses forces. Une cure au Mont-d'Or le rétabli (100 kgs).

Affection actuelle. — En 1916 apparaissent un peu de gêne de la déglutition, de la régurgitation d'aliments non digérés une heure environ après le repas.

Le matin, vomissement abondant de glaires avec sensation d'obstacle en arrière de la fourchette sternale. Pas de dysphagie ni douleurs irradiées. Etat général intact malgré un léger amaigrissement.

En novembre 1918, aggravation de ces phénomènes ; constipation. Pas de dyspnée, pas d'hématémèses, pas de mœlena. Plu-

sieurs spécialistes consultés font le diagnostic de diverticule de l'œsophage cervical avec phénomènes inflammatoires surajoutés. Le docteur Sargnon, qui envoie le malade, pense à une dégénérescence néoplasique d'un diverticule œsophagien.

A l'examen, mauvais état général ; amaigrissement de 23 kilos en 17 mois.

Cou, normal, à droite et à gauche, en arrière du sterno cleido mastoïdien on trouve un ganglion gros comme une noix adhérent aux plans profonds.

Quelques ganglions haut situés dans les deux aisselles. Légère énophtalmie.

Vomissements post-alimentaires sans traces de sang. Weber négatif. Dysphagie peu intense.

20 septembre 1919. — Anesthésie locale à l'allocaïne. Gastrotomie par le procédé habituel. Pas d'incident opératoire.

4 octobre. — Œsophagoscopie haute qui montre une tumeur dure bourgeonnante à 19 centimètres des arcades dentaires.

Iritis gauche avec pus dans la chambre antérieure d'origine œsophagienne probable.

L'état général s'est considérablement amélioré ; le malade, qui s'alimente parfaitement depuis quelques jours, a gagné du poids.

26 novembre. — Le malade présente encore quelques symptômes inflammatoires du côté de sa sténose ; malgré que la dysphagie ait disparu ; s'alimente par la bouche. Son état est bon et il a repris son travail. A augmenté de poids. ,,

15 décembre. — Rentre à l'hôpital pour adénopathie. L'état général reste excellent.

OBSERVATION n° 2

D... (A.), 59 ans, jardinier (Saint-Jean).

Entré le 15 septembre 1919 pour vomissements.

A... (H). — Père et mère morts très âgés.

Deux sœurs mortes : l'une à 27, l'autre à 30 ans, d'affections chroniques.

A... (P). — Célibataire.

Bonne santé jusqu'à il y a 5 mois.

Cliniquement ni tuberculose, ni syphilis décelables.

Affection actuelle, a débuté, il y a 5 mois, par de la dysphagie pour les aliments solides mais sans vomissements. Il y a 2 mois 1/2 on fait un cathétérisme de l'œsophage.

Progressivement les troubles de la déglutition augmentent et depuis 5 semaines le malade n'absorbe plus que des liquides et par petites quantités.

Toute ingestion de solides ou de liquides en quantité notable provoque *immédiatement* un vomissement.

Depuis 3 semaines *réurgitation de glaires* le matin à jeun.

Pas de douleurs à la déglutition.

Mais il y a un peu de dysphonie, la voie est enrouée et depuis 6 semaines le malade tousse et expectore un abondant mucus œsophagien.

A l'entrée, l'état général est précaire, le malade accuse un amaigrissement de 20 kgs depuis le début de sa maladie.

Par suite de l'impossibilité de l'alimentation, l'état de dénutrition est extrême.

Langue sale.

Constipation opiniâtre.

Au poumon : quelques ronchus sans caractères.

Au cœur : bruits normaux, le pouls est sans tension.

Foie et rate : non perçus.

Réflexes : normaux.

Weber et Meyer : négatifs.

Les signes physiques : sont nuls.

Le palper du cou, des aisselles, de l'abdomen est négatif. Il n'y a pas d'adénopathie.

Radioscopie : arrêt du bismuth à la partie supérieure de l'œsophage avec dilatation à ce niveau.

Opacité hilaire considérable.

Le 25 octobre 1919. — Le malade ne pouvant plus rien absorber est passé dans un service de chirurgie (service du Prof. Bérard).

Le 2 novembre. — Gastrostomie (Dr Santy) par le procédé de Fontan à l'aide de l'anesthésie locale.

Intervention facile et sans incident.

Les jours suivants, la salivation et l'expectoration des glaires est bien moins abondante. Le spasme dont se plaignait le malade à chaque mouvement de déglutition a disparu ainsi que la douleur rétrosternale qui l'accompagnait.

Le 20 novembre 1919. — Application de 50 millig. de radium, pendant 24 heures (Dr Sargnon) à l'aide de l'œsophagoscopie qui montre un rétrécissement à 25 cent. des arcades dentaires avec de nombreux bourgeons. L'œsophage est cependant très perméable.

Le 21 novembre. — Le malade se dit guéri.

OBSERVATION n° 3

M... (Jean-Caude), 64 ans (Saint-Jean).

Entre à l'H.-D. le 10 septembre 1919, *Ictus récent avec aphasie. Athérome aortique. Sténose œsophagienne.*

Antécédents. — Rien à signaler.

Affection actuelle. — A débuté, il y a un mois ; brusquement au cours d'un repas le malade s'est mis à rendre les aliments ingérés avec d'abondantes mucosités.

Il persista un peu de gêne de la déglutition de temps en temps, des régurgitation de liquides mais pas de vomissements vrais.

Le malade vient parce qu'il a eu un Ictus.

La Radioscopie ne révèle rien d'anormal.

Début novembre 1919. — Le malade revient parce qu'il ne peut plus avaler les aliments solides.

Les liquides provoquent au début quelques régurgitations puis passent.

L'appétit est conservé mais l'état général est très mauvais : amaigrissement considérable. Gros cœur. Pouls à 130, rythme foetal.

Œdème des jambes : signes d'insuffisance rénale.

10 novembre 1919. — Anesthésie locale à la cocaïne-allocaïne. On fait une gastrostomie in extremis.

Le 11 novembre. — Malgré la reprise immédiate de l'alimentation, le malade meurt.

Autopsie : La bouche de la gastro est en bonne position. Néo-plasme de l'œsophage peu étendu provoquant un spasme plutôt qu'une obstruction. Pas de métastases.

Foyer de ramollissement cérébral : lésions de néphrite étendues.

OBSERVATION n° 4

F... (A.), 50 ans.

Entre à l'H.-D. le 29 juin 1918 : *Vomissements alimentaires. Amaigrissement.*

A. P. — Nie l'éthylisme et la spécificité.

Depuis 5 ans le malade se plaint de troubles digestifs, il vomit quelquefois et maigrit.

Attribuant ces troubles à une hernie épigastrique dont il est porteur, il se fait opérer en avril 1919.

Mais l'état général empire, les vomissements sont plus fréquents.

A l'entrée, il accuse un amaigrissement de 15 kgs environ : il présente une asthénie très marquée.

Toute tentative d'alimentation solide provoque immédiatement un rejet des aliments ingérés avec un mucus abondant accompagnée d'une sensation d'étouffement.

Légère douleur au point phrénique claviculaire droit.

L'exploration de l'œsophage montre un rétrécissement très serré siégeant 20 cent. de arcades dentaires.

2 juillet 1918. — Anesthésie locale à l'alcoïcaine. Gastrostomie suivant le procédé habituel.

10 juillet. — Malgré tous les moyens employés pour relever l'état général du malade, il s'affaiblit de plus en plus. Il n'accuse aucune douleur, la salivation a cessé.

14 juillet. — Mort par cachexie.

OBSERVATION n° 5

G... (Claude), 58 ans. (Saint-Sacerdos).

A. P. — Nie la spécificité, pas de diathèse.

Oreillons à 42 ans.

Le 28 octobre 1917. — Plaie frontale par écrasement. Le malade fait remonter à cette date des troubles dysphagiques et dysphoniques qui durèrent 3 mois et disparurent subitement.

Fin novembre. — Apparaît un spasme œsophagien qui provoque le vomissement des premières bouchées alors que les autres passent. Cet état disparaît en juin 1918. L'état général est bon. On note cependant une sialorrhée assez abondante.

Octobre 1918. — Quelques crachats de sang rouge. Le malade est obligé de fractionner ses repas à cause de la lenteur des digestions.

Février 1919. — Nouveaux crachats sanglants puis *apparition progressive* de dysphagie, de vomissements alimentaires, et d'une tumeur sus-claviculaire droite et de dysphonie.

Teint pâle, pas de troubles digestifs notoirs. Appétit conservé. Amaigrissement 5 kgs.

Vomissements alimentaires très fréquents, pas de sang.

Voix bitonale et paralysie de la corde vocale droite. Volumineuse adénopathie sus-claviculaire droite dure, bloquée (c'est la raison pour laquelle le malade entre à l'hôpital).

Petit ganglion à gauche.

Le 14 juin 1919. — Anesthésie locale à l'allocaine gastrostomie (Profes. Bérard) par le procédé habituel.

Résultat excellent.

Le spasme cède immédiatement et 8 jours après le malade s'alimente par la bouche.

En 10 jours, le ganglion gauche a disparu et le droit a diminué.

26 juin. — Le malade quitte le service et doit revenir pour une application de Radium.

OBSERVATION n° 6

B... (Iréné), 54 ans. (Saint-Jean).

Entre à l'H.-D. le 7 septembre 1919. (Saint-Jean).

Ancien spécifique ? Syndrome œsophagien. Dysphagie a début brusque. Gros amaigrissement.

A. H. — Rien d'intéressant.

A. P. — Chancre de la verge à 29 ans, ayant disparu en 3 mois par traitement hydrargyrique.

Depuis pas d'accident.

Affection actuelle. — A débuté il y a 10 mois, par de la gêne progressive pour avaler les aliments solides.

Perte des forces considérable.

Gros amaigrissement : 10 kgs en quelques mois. Salivation abondante. Régurgitations alimentaires.

Bouche en mauvais état : langue sale, plus une seule dent.

Aux poumons. — Bronchite chronique et emphysème.

Point phrénique à droite.

Radioscopie. — Dilatation sacciforme de l'extrémité inférieure de l'œsophage.

9 octobre 1919. — Anesthésie locale à l'allocaine. Gastrostomie suivant le procédé habituel sans aucun incident.

On alimente aussitôt le malade qui se remonte visiblement.

11 octobre. — Le malade est renvoyé salle Saint-Jean pour continuer son traitement mercurial.

10 décembre. — L'état général continu d'être excellent.

OBSERVATION n° 7

L... (...).

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — En quelques années le malade a vu son cou augmenter de volume progressivement en même temps qu'apparaissait de la gêne pour respirer et pour avaler.

Depuis un mois, augmentation brusque de la tumeur du cou et des phénomènes de compression.

18 mai 1916. — Extirpation d'une branchionne avec thrombose de la jugulaire interne.

22 juillet 1918. — A la suite d'une métastase trachéoœsophagienne, le malade ne peut plus avaler d'aliments solides depuis un mois. Il présente en même temps du tirage assez prononcé pour que l'indication d'une trachéotomie soit posée (elle est refusée par la famille).

Malgré l'état cachectique du malade on pratique une *gastrotomie* suivant le procédé habituel.

L'estomac très rétracté est difficile à atteindre, mais il n'y a pas d'incident opératoire.

25 juillet. — Le malade rentre chez lui.

OBSERVATION n° 8

C... (L). (Desgenettes).

Le malade entre à l'hôpital de la Seyne (Nice).

Le 15 juin 1916 pour troubles de la déglutition.

Le 6 janvier 1917. — Il est de nouveau hospitalisé à Franche-

ville, puis à l'hôpital temporaire 36 d'où le malade est renvoyé à l'hôpital Desgenettes avec le diagnostic de néoplasme cardio diaphragmatique.

Le 26 juin. — Après gastrostomie on tente une œsophagoscopie rétrograde qui échoua à cause de l'abondance des liquides stomacaux.

L'œsophagoscopie haute pratiquée immédiatement (D^r Sargnon) montre à 40 cent. un sténose circulaire néophasique très bourgeonnante et assez hémorragique.

Le 28. — Pose de 60 millig. de radium (D^{rs} Sargnon-Moutet) en une sonde demi rigide pendant 20 heures.

Le 4 juillet. — Bronchite surtout à la base gauche, mais le malade est très amélioré et peut avaler facilement.

Une nouvelle œsophogoscopie montre encore un bourgeon et un certain état inflammatoire de l'œsophage.

Octobre. — Deuxième application de radium pendant 24 heures. Mais alors le résultat est mauvais : le malade présente une dysphagie intense, de la température et des phonomènes pulmonaires graves qui provoquent la mort quelques temps après.

OBSERVATION n° 9

C..., 50 ans. (Clinique).

Le 28 mai 1919 est hospitalisé pour *dysphagie grave et troubles de la voix*.

A. P. — Bonne santé antérieure. Nie la spécificité. Herpès à 22 ans.

Depuis 9 mois environ il se sent un peu gêné pour avaler les aliments solides.

Depuis 2 mois ces troubles qui ont peu augmenté s'accompagnent d'un amaigrissement et de perte des forces accusées d'un peu d'essoufflement.

La radioscopie, pratiquée à cette époque (D^r Arcelin) montre

une sténose peu serrée de l'œsophage au niveau de la crosse aortique.

Depuis 1 mois la voix devient bitonale.

Un examen pratiqué (D^r Sargnon) montre une paralysie de la corde vocale gauche.

L'œsophagoscopie montre une infiltration étendue de l'œsophage ne donnant qu'une sténose modérée.

L'aspect de la tumeur est très inflammatoire. Etat subfébrile du malade du à une congestion pulmonaire en évolution.

Vers le 15 juin. — Anesthésie locale à l'allocaine gastrostomie (Profes. Bérard). L'estomac très rétracté est difficile à atteindre.

Localement, résultat excellent, mais l'état général empire et 8 jours après le malade meurt d'une pneumonie massive de la base gauche.

OBSERVATION n° 10

G..., 51 ans, maçon. (Saint-Sacerdos).

Le 2 octobre 1919. — Hospitalisé pour *sténose grave de l'œsophage.*

A. P. — Bonne santé dans l'enfance ; Ethylisme modéré.

Il y a dix ans, a craché du sang pendant quelques jours.

Depuis 2 mois : gêne notable de la déglutition, pertes des forces, amaigrissement.

Des injections de Pilocarpine pratiquées par le D^r Trénel font cesser momentanément le spasme et permettent l'alimentation 1/2 heure après : il pense à un ulcère peptique avec spasme.

La radiocopie à ce moment est négative.

Depuis 4 ou 5 jours les liquides ne passent plus ; toute tentative d'alimentation provoque aussitôt des vomissements très hémorragiques.

L'état général du malade est grave, affaiblissement extrême indiquant une intervention d'urgence.

Le 3 octobre. — Anesthésie locale à l'allocaine. Gastrostomie (Profes. Bérard) sans incident.

Le 8 octobre. — Les suites opératoires furent simples mais l'état du malade reste inquiétant : Le malade passe à l'Hôtel-Dieu.

Le 17 novembre 1919. — Mort dans une cachexie progressive.

OBSERVATION n° II

S... (Antoine), 51 ans. (Saint-Sacerdos).

Entre le 3 mars 1919 : *Sténose néophasique de l'œsophage. Gros amaigrissement.*

A. H. — Père mort à 60 ans d'un cancer de l'estomac.

A. P. — Pas d'affections antérieures.

Vers le 15 janvier 1919, apparition assez rapide de gêne pour avaler les aliments solides qui bientôt sont vomis aussitôt qu'avalés.

Puis progressivement apparaissent des douleurs dans la fosse sus-épineuse droite s'irradiant dans l'aisselle une expectoration muco salivaire abondante.

Depuis 8 jours, dyspnée et un peu de cornage.

A l'entrée. — Malade très amaigri, asthénique, appétit conservé. Peut avaler sans trop de gêne les liquides ou aliments semi liquides mais la salive provoque la régurgitation immédiate.

Jamais de sang.

Douleurs vives et constantes à droite (au niveau de l'épine de l'omoplate) accrues par decubitus latéral gauche.

Légère dyspnée, toux quinteuse.

Pas d'adénopathies. Weber négatif.

Radioscopie. — Dilatation en poche du 1/3 sup. de l'œsophage à la base de la poche (en forme de cône effilé) on trouve un petit diverticule.

Le 5 avril. — Spasme complet de son œsophage : arrêt complet même des liquides pendant 48 heures.

7 avril. — Anesthésie locale à l'alcoïcaine. Gastrostomie par procédé habituel.

Le 8. — Le spasme a cédé et le malade avale quelques gouttes de liquide qui provoquent une salivation abondante.

Le 28. — Depuis 10 jours la sonde est enlevée et passée deux fois par jour dans l'orifice.

Le malade s'alimente uniquement par la bouche. Les liquides froids provoquent encore une certaine réaction avec sensation de chaleur à la gorge mais sans régurgitation.

Le 30. — Il rentre chez lui.

Dès le lendemain, le malade peut avaler les liquides presque sans difficulté.

25 avril. — On retire la sonde de la gastro, car depuis plusieurs jours le malade s'alimente presque exclusivement par la bouche ; cependant on continue le calibrage de l'orifice de gastro. Le malade ne s'alimente que par voie bucale au bout de 2 ou 3 jours réapparaissent le spasme de l'œsophage et des régurgitations.

OBSERVATION n° 12

P... (Claudius). (Détröyat, Saint-Sacerdos).

Entré le 6 août 1918.

Le malade entre à l'hôpital parce qu'il a de la difficulté pour avaler et qu'il a maigri.

La maladie a débuté, il y a 4 mois, par une gêne progressive pour avaler sans que jamais cependant il ait vomi au début. Cependant l'état général devenait mauvais, le malade perdait ses forces.

Il y a 15 jours, il remarque un peu de sang dans ses crachats pendant quelques jours en même temps qu'une dysphagie plus

aiguë s'installe accompagnée de quelques régurgitations des aliments ingérés et d'une douleur rétrosternale vague.

Radioscopie. — L'examen montre que le cachet de bismuth est arrêté à la partie supérieure de l'œsophage. La bouillie bismuthée montre une dilatation œsophagienne mais passe néanmoins par un canal filiforme.

8 août 1918. — Gastrostomie sous anesthésie locale.

Pas d'incident opératoire. Le malade est alimenté progressivement ; l'état général s'améliore visiblement ; il semble avoir repris du poids.

Evacué le 21 septembre 1918, à Sainte-Eugénie.

OBSERVATION n° 13

G... (Albert), 44 ans. (Saint-Sacerdos).

Entré le 6 décembre 1917.

A. P. — Rien à signaler.

Affection actuelle. — A débuté, il y a une dizaine de mois, par des vomissements brusques au cours d'un repas. Puis son état s'améliora, mais il persista un peu de dysphagie.

Depuis 3 semaines l'état général a empiré en même temps que les troubles de la déglutition se sont aggravés. Le malade vomit chaque fois qu'il tente d'avaler des aliments solides.

On note un amaigrissement considérables et un teint jaunâtre déjà cachectique.

Petite micropolyadénie sus-claviculaire.

L'œsophagoscopie n'a pas été pratiquée, mais l'altération de la voix indique un envahissement assez large.

8 décembre 1917. — Anesthésie locale parfaite. Gastrostomie (Profes. Bérard) par procédé Fontan.

Le malade s'alimente par la bouche quelques jours après et on néglige de passer la sonde, de sorte que :

Le 22 décembre, on est obligé de recourir à une nouvelle anesthésie locale pour retrouver l'orifice de gastro et y fixer la sonde.
6 mars 1918, décès.

OBSERVATION n° 14

B... (Claudius), 64 ans. (Saint-Sacerdos).

A. P. — Rien à signaler.

Affection actuelle. — A débuté, en juin 1919, par la gêne pour la déglutition des solides, gêne progressive arrivant en novembre à ne laisser passer qu'un peu de liquide.

Le 10 novembre, dans la nuit, la voix du malade s'est voilée, puis éteinte progressivement.

A l'entrée. — Malade ayant un bon état général, malgré un amaigrissement de 10 kgs, voix éteinte, une bitonale correspondant à une paralysie recurrentielle double.

L'œsophogoscopie montre un rétrécissement annulaire bourgeonnant siégeant à 23 cent. des arcades dentaires.

Vomissements rares, pas de ganglions, un peu de dyspnée.

6 décembre 1919. — Gastrostomie après anesthésie locale à la cocaïne allocaïne.

Suites opératoires très simples. Le malade est alimenté aussitôt par sa sonde et se lève quelques instants dès le lendemain.

10 décembre. — Le malade est très satisfait et s'alimente régulièrement ; ne souffre pas.

OBSERVATION n° 15

G... (Arnold), 56 ans. (Ollier).

Entre à l'H.-D. le 22 octobre 1917, pour *Sténose du cardia*.

A. P. — Bronchite dans l'enfance.

Affection actuelle. — En mai 1917, le malade qui n'avait jamais

eu d'accident jusque-là est pris brusquement de vomissements alimentaires au cours d'un repas.

Ils sont tellement persistants que le malade en est réduit à une alimentation liquide.

Le malade accuse en même temps une douleur assez violente au niveau de l'appendice xyphoïde.

A l'entrée. — (Salle SainteElisabeth, 18 sept. 1917, puis salle Ollier, 22 octob. 1917). — Le malade ne se plaint que de vomissements fréquents, tous les deux jours environ, contenant un liquide muqueux et des débris alimentaires, jamais de sang. Ils sont indolores.

Weber négatif.

Le cathétérisme montre un obstacle à 27 cent. des arcades dentaires.

La Radioscopie confirme ces données en montrant que le cachet de Bismuth s'arrête à la portion sus-diaphragmatique de l'œsophage.

Gastrostomie sous anesthésie locale, pas d'incident opératoire noté.

27 novembre 1917. — Evacué sur l'hôpital auxiliaire n° 6.

CONCLUSIONS

1° Dans les sténoses œsophagiennes de nature néoplasique le chirurgien est souvent dans la nécessité de pratiquer une gastrostomie d'urgence.

2° Ces malades dont l'état général est le plus souvent mauvais ne retireront un bénéfice de cette opération que si l'on a soin de les remonter par des soins pré-opératoires appropriés : toni-cardiaques, injections ou instillations intrarectales de sérum, glucosé surtout.

3° L'état des poumons, des reins, du cœur de ces malades sera le plus souvent une contre-indication à l'emploi de l'anesthésie générale.

4° L'emploi de l'anesthésie locale à la cocaïne Allocaïne combinée donne toute satisfaction en :

- a) Supprimant le shock anesthésique ;
- b) Permettant d'asseoir de suite les opérés dans leur lit ce qui évite les accidents pulmonaires aigus par stase ;
- c) Permettant l'alimentation immédiate des opérés qui sont avant tout des inanitiés ;
- d) Permettant le lever précoce des malades dès le 2° ou

3^e jour ; condition très favorable au bon fonctionnement de leur tube digestif.

5°. Dans ces conditions la gastrostomie pratiquée sous anesthésie locale devient une opération sans mortalité, qui donne une survie toujours appréciable en ralentissant les progrès de la cachexie et en évitant les accidents immédiats.

Le Président de la Thèse,

BÉRARD.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 11 Décembre 1919.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BERTHIER F.** — Syndrômes œsophago salivaire des sténoses en général et du cancer en particulier. (Thèse, Paris, 1907-1908).
- LARCHÉ G.** — Cancer de l'œsophage et du cardia. (Statistique clinique de 134 cas).
- Louis LEGENDRE.** — Etude des fonctions gastriques au cours des sténoses œsophagiennes. (Thèse, 1907, Paris).
- MÉNARD H.** — Corps étrangers de l'œsophage gastrostomie (1912-13). Thèse, Paris.
- TERRIER F. et DELAGENIÈRE H.** — Quelques réflexions à propos d'un cas de gastrostomie. (Rev. chir., 1890).
- Pierre ROBERT.** — Thèse, Lyon, 1913-1914. De l'état actuel de la gastrostomie sous anesthésie locale.
- DEFESSES G.** — Résultat clinique de la gastrostomie dans le cancer al. (1900-1901), Thèse, Paris.
- FEVAL F.** — Dysphagie, Disparition après la gastrostomie, Perméabilité en retour. (Thèse, Paris, 1900-1901). — Communication de M. le Professeur Bérard, au XXV^e Congrès français de chirurgie (octobre 1912). — Lyon Chronique, tome VIII, technique indication et résultat de la gastrostomie (octobre 1912). — Mercredi Médicale. — De la gastrostomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage (1892).
- HARTMANN H.** — Note sur la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage. (Bull. Soc. Anat., 1891).
- GUERIN Ch.** — La gastrostomie et ses résultats dans le rétrécissement de l'œsophage. (Thèse, Paris, 1896).
-

